



**//Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 890/2025**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 074.537.008-09

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Curitiba e Arapongas a tratamento de saúde.

**Dias:** 09/10, 13/10, 28/10.

**Em,** 31 de outubro de 2025.

\_\_\_\_\_  
ISRAEL BARCELOS DE REZENDE  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em:** 31 de outubro de 2025.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinith  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 03 diárias de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 31 de outubro de 2025.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$375,00** (trezentos e setenta e cinco reais) referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº. 18.565-5, da agência nº.0652-1.

\_\_\_\_\_  
Deiziane Rodrigues Escaraber  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

\_\_\_\_\_  
Ivan Benedito Helbel Filho  
Assinatura do Responsável



**PREFEITURA DE  
RIBEIRÃO DO PINHAL**

ESTADO DO PARANÁ



**PREFEITURA DE  
RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR**

**DIÁRIA DE MOTORISTAS**

NÚMERO DIÁRIA: 890/2025

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CPF: 074.537.008-09

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA<br>SAÍDA | DATA/HORA<br>CHEGADA | TOTAL<br>HORA | VALOR<br>DIÁRIA | SAÍDA<br>KM | CHEGADA<br>KM | PLACA           | DESTINO  |
|--------------------|----------------------|---------------|-----------------|-------------|---------------|-----------------|----------|
| 09/10/25<br>00:30  | 09/10/25<br>27:40    | 27:10         | 725,00          | 30254       | 31068         | T.B.B.<br>9.620 | Puritiba |

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Paciente p/ Tratamento de Saúde em Curitiba PR

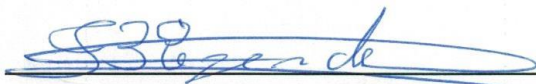
**VALOR SOLICITADO:**

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: 725,00 Valor a restituir: 725,00

Valor total das diárias: 725,00 REAIS

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

  
ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

Rua Paraná, nº 940 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-1204  
CNPJ da Prefeitura: 09.654.201/0001-87 - e-mail: saude@ribeiraodopinhal.pr.gov.br



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**

ESTADO DO PARANÁ



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR**  
**DIÁRIA DE MOTORISTAS**

NÚMERO DIÁRIA: 890/2025

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CPF: 074.537.008-09

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA<br>SAÍDA | DATA/HORA<br>CHEGADA | TOTAL<br>HORA | VALOR<br>DIÁRIA | SAÍDA<br>KM | CHEGADA<br>KM | PLACA          | DESTINO   |
|--------------------|----------------------|---------------|-----------------|-------------|---------------|----------------|-----------|
| 13/10/25<br>03:30  | 13/10/25<br>16:10    | 12:40         | 125,00          | 147 798     | 148 161       | S.D.S<br>90-63 | Propagosa |

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Oriente e/Proteção  
de Saúde em Propagosa

**VALOR SOLICITADO:**

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: 125,00 Valor a restituir: 125,00

Valor total das diárias: 125,00 REAL

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

**ISRAEL BARCELOS DE REZENDE**

Rua Paraná, nº 940 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-1204  
CNPJ da Prefeitura: 09.654.201/0001-87 - e-mail: saude@ribeiraodopinhal.pr.gov.br



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**

ESTADO DO PARANÁ



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR**

**DIÁRIA DE MOTORISTAS**

NÚMERO DIÁRIA: 890 / 1025

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CPF: 074.537.008-09

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA<br>SAÍDA | DATA/HORA<br>CHEGADA | TOTAL<br>HORA | VALOR<br>DIÁRIA | SAÍDA<br>KM | CHEGADA<br>KM | PLACA           | DESTINO   |
|--------------------|----------------------|---------------|-----------------|-------------|---------------|-----------------|-----------|
| 28/10/25<br>03:30  | 28/10/25<br>16:10    | 12:40         | 125,00          | 150560      | 150909        | S.D.P<br>9.D.63 | Proporção |

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Paciente p/ Tratamento  
de Saúde em Proporção

**VALOR SOLICITADO:**

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: 40,00 Valor a restituir: 40,00

Valor total das diárias: 40,00 R\$ a R\$

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

**ISRAEL BARCELOS DE REZENDE**

Rua Paraná, nº 940 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-1204  
CNPJ da Prefeitura: 09.654.201/0001-87 - e-mail: saude@ribeiraodopinhal.pr.gov.br